

Check-up

Welche Abklärungen sind sinnvoll?

Ein gut geführter Check-up ist kein standardisierter Katalog von Tests, sondern bietet die Chance, evidenzbasierte Prävention und Vorsorge mit den Erwartungen des Patienten zu verknüpfen, wie Prof. Dr. Oliver Senn, Institut für Hausarztmedizin, Zürich, am Ärztekongress in Davos erklärte. Die Abklärung von kardiovaskulären Risikofaktoren, bestimmten Tumorarten und des Impfstatus bietet sich an.

Check-ups sind eigentlich Untersuchungen zur Prävention potenzieller Erkrankungen bei noch asymptomatischen Personen. Doch sind viele Personen, die einen Check-up wünschen, gar nicht asymptomatisch, oder sie haben in 30% der Fälle eine spezielle Sorge («hidden agenda») (1), die sie mit einer Check-up-Untersuchung ausgeräumt haben möchten. Deshalb ist es sehr wichtig, danach zu fragen, wie Prof. Senn betonte. Eine Check-up-Untersuchung ist nicht standardisiert und sollte der Evidenzlage und gleichzeitigen den Erwartungen des Patienten gleichermaßen gerecht werden. In der Schweiz zählen kardiovaskuläre Ursachen und Krebs zu den häufigsten Todesursachen. Deshalb sei es wichtig, das Hauptgewicht auf die Prävention dieser Erkrankungen zu legen, so der Referent.

Kardiovaskuläre Risikofaktoren abchecken

Um das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen bei Gesunden abzuschätzen, eignen sich die Risikokalkulatoren der AGLA bzw. die SCORE2- und SCORE2-OP-Charts, letzterer für Patienten > 70 Jahre (2). Für die Berechnung müssen Alter, Geschlecht, Raucherstatus, Familienanamnese sowie Werte des Blutdrucks und der Lipide eingegeben werden. Das Resultat ergibt eine Zugehörigkeit zu einer Risikokategorie je nach Alter mit niedrigem, hohem oder sehr hohem 10-Jahres-Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis.

Bei der Blutdruckmessung ist die Armposition entscheidend für ein korrektes Resultat, wie eine Cross-over-Studie zeigte. Dabei wurde der Blutdruck bei 133 Teilnehmern ab-

wechselnd in jeweils drei Armpositionen gemessen: aufgestützt auf dem Tisch, mit der Hand im Schoss und mit hängendem Arm. Die Resultate zeigten für die Armpositionen mit der Hand im Schoss bzw. hängend signifikant höhere Blutdruckwerte um 3,9–6,5 mmHg systolisch und 4,0–4,4 mmHg diastolisch im Vergleich zur empfohlenen Armposition abgestützt auf dem Tisch. Eine Messung mit hängendem Arm oder liegend im Schoss kann somit zu einer Überschätzung des Blutdrucks führen (3).

Des Weiteren ist die Beratung zur Lebensstilanpassung sehr wichtig und evidenzbasiert, dies auch ohne vorliegende kardiovaskuläre Erkrankung. Denn das Risiko, eine kardiovaskuläre Erkrankung zu entwickeln, war in einer Studie bei Personen mit «sehr gesundem Lebensstil» um 30% geringer als bei jenen mit «ungesundem Lebensstil» (4). Mit einer Number Needed to Treat (NNT) von 3 sei die Massnahme sehr effizient, im Wissen, dass die erfolgreiche Umsetzung von Veränderungen des Lebensstils natürlich eine grosse Herausforderung darstelle, so Prof. Senn. Aber auch bereits kleinere Umstellungen könnten einen klinisch relevanten Nutzen bringen. Daher lohne sich eine Ermutigung zu einem «vernünftigeren» Lebensstil in jedem Fall, auch wenn die Patienten Empfehlungen zu Lebensstilveränderungen im Check-up nicht unbedingt erwarten (5).

Hohe Lipoprotein(a)(Lp[a])-Konzentrationen stellen einen unabhängigen genetisch determinierten Risikofaktor dar, der das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen zusätzlich verstärkt. Lp(a)-senkende Therapien werden zurzeit in klinischen Endpunktstudien untersucht. Aufgrund von noch fehlenden kausalen Therapien sollten Lp(a)-Bestimmungen einmalig zur Therapieentscheidung bei individuell erhöhtem kardiovaskulären Risiko bestimmt werden. Ein erhöhtes Lp(a) hat eine Heraufstufung des Risikos zur Folge. Als generelles Screening ist es aber nicht empfohlen (6).

Mode ohne Evidenz

Viele Patienten screenen Vorhofflimmern via Smartwatch. Einer Studie zufolge war aber der Nutzen, d.h. die Reduktion des Risikos für Hirnschlag, nicht überzeugend, sodass eine daraus folgende Antikoagulation aufgrund eines so entdeckten Vorhofflimmerns nicht zwingend einen Vorteil bringt (7). Ebenso wenig empfohlen ist ein Screening für die asympto-

KURZ UND BÜNDIG

- Die «hidden agenda» sollte aktiv identifiziert werden, da ein Drittel der Patienten spezifische Beschwerden nicht von sich aus anspricht.
- Massnahmen mit Evidenz für die Praxis sollten priorisiert werden, wobei Lifestyleberatung und Impfungen primärpräventiv am wirksamsten sind.
- Risikokommunikation und Patientenpräferenzen bilden die Voraussetzung für eine gemeinsame Entscheidungsfindung, insbesondere im Spannungsfeld zwischen Erwartungshaltung des Patienten und (unklarer) Evidenz.

LINKTIPPS

**Eviprev-Empfehlungen**

Der Verein Eviprev gibt Empfehlungen zu präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen für die Bevölkerung in der Schweiz zwischen 18 und 75 Jahren.



Seit 1. Januar 2026 franchisebefreite Impfungen nach Artikel 12a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

matische Karotisstenose oder ein Ruhe- oder Belastungs-EKG bei asymptomatischen Personen mit geringem kardiovaskulären Risiko.

Ein Koronarkalkscreening (CACs) kann dagegen Adhärenz und Motivation für Lebensstiländerungen fördern (8). Allerdings fehlen bisher Daten, wonach ein CACS-Screening bei asymptomatischen Patienten einen günstigen Einfluss auf klinische Endpunkte hat, wie Prof. Senn betonte.

Screenings auf Schilddrüsendysfunktionen, Vitamin-D3-Mangel oder kognitive Störungen sind bei asymptomatischen Personen kritisch zu betrachten.

Krebsscreening: Ja oder Nein?

Ein Check-up wird häufig auch aus Angst vor Krebserkrankungen angestrebt. Krebscreening-Empfehlungen gelten jedoch nur für die asymptomatische Allgemeinbevölkerung ohne spezifische Risikofaktoren. Beim Krebscreening ist die Abwägung zwischen potenziellem Nutzen und Risiko bzw. Überdiagnose und Überbehandlung je nach Organ unterschiedlich und nicht immer ganz klar. Deshalb ist es bei asymptomatischen Patienten nur bei gewissen Tumorerkrankungen ab einem Alter von 50–75 Jahren sinnvoll, generell danach zu suchen. Dazu gehören nach Empfehlung des Vereins Eviprev (siehe *Linktipp*) das kolorektale Karzinom und das Rektumkarzinom. Hinsichtlich Kolonkrebsterblichkeit konnten randomisierte 10-Jahres-Verlaufsdaten zeigen, dass der immunologische Stuhltest (FIT) alle zwei Jahre der einmaligen Koloskopie nicht unterlegen war (9).

Die Suche nach Mamma-, Prostata- und Lungenkarzinom bei Rauchern oder Exrauchern > 15 Packyears und Rauchstopp < 10 Jahren sollten dagegen nach gemeinsamer Entscheidungsfindung erfolgen. Dabei soll der Patient über die Vor- und Nachteile bzw. Zuverlässigkeit und Konsequenzen von möglichen Testergebnissen im Bild sein.

Screenings auf Hoden-, Ovarial-, Pankreas-, Blasenkrebs oder Melanome bei asymptomatischen Personen werden dagegen kritisch bewertet oder explizit nicht empfohlen, wie der Referent erklärte.

Impfstatus überprüfen

Ein gutes Thema für den Check-up ist die Überprüfung des Impfstatus. Impflücken können in diesem Kontext geschlossen und die Prävention verbessert werden. Seit 1. Januar 2026 übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung ausserdem die Kosten von bestimmten Impfungen bei Personen mit erhöhtem Risiko franchisebefreit. Impfliste und Personenkreis siehe *Linktipp*. □

Valérie Herzog

Quelle: «Check-Up in der Praxis: «Do's und Dont's», Ärztekongress von Lunge Zürich in Davos, 5.–7.2.2026

Referenzen:

- Hunziker S et al.: Open and hidden agendas of «asymptomatic» patients who request check-up exams. BMC Fam Pract. 2011;12:22. doi:10.1186/1471-2296-12-22
- <https://agla.ch/de/rechner-und-tools/agla-risikorechner>. Letzter Zugriff: 16.3.26
- Liu H et al.: Arm Position and Blood Pressure Readings: The ARMS Crossover Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2024;184(12):1436-1442. doi:10.1001/jamainternmed.2024.5213
- Hasbani NR et al.: American Heart Association's Life's Simple 7: Lifestyle Recommendations, Polygenic Risk, and Lifetime Risk of Coronary Heart Disease. Circulation. 2022;145(11):808-818. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.053730
- Diaz Hernandez L et al.: Expectations about check-up examinations among Swiss residents: A nationwide population-based cross-sectional survey. PLoS One. 2021;16(7):e0254700. Published 2021 Jul 21. doi:10.1371/journal.pone.0254700
- Kronenberg F et al.: Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement. Eur Heart J. 2022;43(39):3925-3946. doi:10.1093/eurheartj/ehac361
- Lopes RD et al.: Effect of Screening for Undiagnosed Atrial Fibrillation on Stroke Prevention. J Am Coll Cardiol. 2024;84(21):2073-2084. doi:10.1016/j.jacc.2024.08.0198.
- Scheu V et al.: Coronary atherosclerosis screening in asymptomatic adults using coronary artery calcium for cardiovascular prevention: a systematic review of randomised controlled trials and prospective cohorts. BMJ Open. 2025;15(7):e101472. Published 2025 Jul 5. doi:10.1136/bmjopen-2025-101472
- Castells A et al.: Effect of invitation to colonoscopy versus faecal immunochemical test screening on colorectal cancer mortality (COLONPREV): a pragmatic, randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet. 2025;405(10486):1231-1239. doi:10.1016/S0140-6736(25)00145-X

Präventive Untersuchungen: Begriffe

Screening: Früherkennung von Risiken/Erkrankungen bei asymptomatischen Personen

Case Finding: Früherkennung bei Personen mit erhöhtem Risiko (z.B. Hepatitis C, Bauchortenaneurysma)

Check-up:

- periodische Untersuchung bei Gesunden
- Häufigkeit und Prozeduren nicht klar definiert
- Die Mehrheit der Patienten ist nicht asymptomatisch, sondern deklariert spezifische Beschwerden im Check-up («open agenda»). Ein Drittel deklariert spezifische Beschwerden jedoch nicht aktiv («hidden agenda») (1).